

受付年月日

受付No.

入学願書 普通科 自由科

<input type="checkbox"/> 昼間部 <input type="checkbox"/> 夜間部	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦 年 月 日生 (歳)
現住所	〒		
	電話		
メールアドレス			
入学後の住所	〒		
	電話		
	<input type="checkbox"/> 上(現住所)に同じ		
緊急連絡先	氏名	本人との関係	
	住所	電話	
学歴	都道府県	中学校	年卒
	都道府県	高等学校	年卒
	大学 短期大学	部	年卒
	その他		
在学学校名			
勤務先	会社名		
	住所	電話	

*太線内は必須です。

*該当のにレ点をいれてください。

*普通科のみ顔写真(縦4cm×横3cm)2枚を添えてお申し込みください。

送付先：〒151-0051

渋谷区千駄ヶ谷4-3-1

サロン・ド・シャポー学院